Académie de Paris
Université René Descartes
Faculté de Médecine Necker - Enfants Malades

ANNÉE 1975

N° M45

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Djamila OUAKLI, épouse MOUSNIER

Née le 28 Octobre 1947, à Tizi-Ouzou, en Algérie

Présentée et soutenue publiquement le

LE TRAITEMENT MÉDICAL DES PLEURÉSIES PURULENTES

Président de Thèse : Professeur Georges BROUET

Polycopie GILANNE - 36, Rue Falguière, 75015 Paris

Académie de Paris
Université René Descartes
Faculté de Médecine Necker - Enfants Malades

ANNÉE 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Djamila OUAKLI, épouse MOUSNIER

Née le 28 Octobre 1947, à Tizi-Ouzou, en Algérie

Présentée et soutenue publiquement le

LE TRAITEMENT MÉDICAL DES PLEURÉSIES PURULENTES

Président de Thèse : Professeur Georges BROUET

Polycopie GILANNE - 36, Rue Falguière, 75015 Paris

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS,

A MON MARI BERNARD,

ET A MON FILS JULIEN,

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur G. BROUET,

Professeur de la Chaire de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital Laënnec,

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR ROBILLARD,

Chef de Service de Pneumo-Phtisiologie

à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidée tout au long de ce travail.

Par la qualité de son enseignement et la rigueur de son raisonnement, elle a su nous faire aimer la Pneumologie.

Elle nous a montré, pendant l'année passée dans son Service, que l'examen du malade et son écoute patiente sont souvent plus profitables qu'une multitude d'examens complémentaires.

Qu'elle veuille bien trouver ici le témoignage de notre amitié et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. ROQUEFORT-VILLENEUVE,

Assistant au Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye,

Il nous a prouvé tous les jours de cette année à quel point il était profitable de travailler dans une ambiance amicale.

Qu'il en soit ici remercié.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL ANATOMOPATHOLOGIQUE

III - MATERIEL D'ETUDE

A. Présentation des sept cas

B. Tableau récapitulatif

C. Commentaires du tableau

IV - MODALITES DU TRAITEMENT

A. Traitement antibiotique

B. Evacuation pleurale

C. Kinésithérapie

V - DISCUSSION

VI- CONCLUSION

VII - BIBLIOGRAPHIE

- - -

I- INTRODUCTION

Le traitement actuel des pleurésies purulentes est controversé. Chacun s'accorde à constater que leur fréquence et leur gravité ont diminué depuis l'ère des antibiotiques. Elles restent tout de même de l'ordre de 7 % de l'ensemble des pleurésies.

Mais, actuellement, l'unanimité n'est pas faite sur l'attitude à adopter, sur le plan thérapeutique, face à ces épanchements.

Tous les auteurs soulignent la précocité du traitement reposant sur une antibiothérapie massive, ceci s'appuyant sur les données de l'anatomo-pathologie que nous verrons plus loin ; la nécessité absolue de traiter les pleurésies purulentes dans un service spécialisé afin d'obtenir des gestes minutieux : ponctions, radiographies, recherche systématique de la cause, recherche du germe et antibiogramme.

- Par contre, sur le plan de la modalité du traitement, de la technique à utiliser, de la durée de la thérapeutique, beaucoup restent évasifs et, actuellement, il existe deux grandes écoles :

- les uns, partisans d'un drainage immédiat, mais là encore le type de drain à utiliser n'a pas fait l'unanimité ;

- les autres, préférant une méthode moins agressive : le traitement médical par ponctions répétées.

Il nous a été donné d'observer sept cas récents de Pleurésies Purulentes admis pendant une période de deux ans dans le Service de Pneumo-Phtisiologie de Mademoiselle le Docteur ROBILLARD, au Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye. Tous ont pu bénéficier d'un traitement médical seul.

C'est à partir de cette expérience limitée que nous pensons qu'un traitement médical minutieux obéissant à des impératifs rigoureux peut apporter, dans la très grande majorité des cas, une guérison sans séquelles ou au prix de séquelles minimes.

Car il est certain que la moindre négligence dans la surveillance ou la technique peut conduire aux séquelles bien connues et redoutées : l'enkystement et les monstrueuses pachypleurites engaînant tout un poumon.

Nous allons rapporter avec le plus de précision possible les sept observations en soulignant pour chacune d'elles les modalités afin d'en déduire la conduite d'un traitement médical.

- - -

II - RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique a permis de définir différents stades évolutifs des Pleurésies Purulentes.

. La phase initiale de diffusion de l'inflammation, au cours de laquelle l'histologie montre un aspect aigu exsudatif de la plèvre avec présence de nombreux polynucléaires. A ce stade, sous l'action seule du traitement antibiotique, la guérison peut s'obtenir sans séquelles avec résorption de l'épanchement et lyse de la fibrine et des germes microbiens.

. La phase de collection de la suppuration avec des feuillets pleuraux épaissis, rigides, et collection de pus en arrière dans le cul-de-sac costo-vertébral, l'existence de magma fibrino-purulent qui comble les tissus ou passe en pont entre poumon et plèvre pariétale. Sous l'effet d'un traitement médical bien conduit, la guérison anatomique complète peut être obtenue, ou bien la guérison n'est obtenue qu'au prix de séquelles parfois très importantes : brides, symphyses avec minimes poches résiduelles, pachypleurites. En fait, le principal risque de ces pleurésies purulentes réside dans leur passage à la chronicité : enkystement et pyothorax chronique. Devant de telles altérations, le seul geste possible est chirurgical. On conçoit donc l'intérêt d'un traitement précoce de toute Pleurésie Purulente.

- - -

III - MATERIEL D'ETUDE

A - PRESENTATION DES SEPT CAS -

Observation n° 1 :

Monsieur Be... Etienne, âgé de 59 ans, est hospitalisé pendant deux mois, du 15 juillet 1974 au 9 septembre 1974.

Il présentait depuis plus d'un mois une altération de l'état général, une anorexie, une dyspnée, qui le font admettre le 15 juillet dans le Service de Pneumo-Phtisiologie pour examens complémentaires.

La radiographie pulmonaire faite à l'entrée montre à droite une volumineuse poche postérieure avec niveau liquide occupant en hauteur presque tout le champ pulmonaire. La ponction pleurale faite le même jour ramène 450 cc de liquide purulent fétide dans lequel on retrouvera, lors des examens, une flore anaérobie. Il a été fait, en tout, cinq ponctions pleurales au cours desquelles on ramène :

- le 15 juillet, 450 cc de liquide,
- le 19 juillet, 700 cc de liquide,
- le 26 juillet, 350 cc de liquide,
- le 30 juillet, 250 cc de liquide,
- le 3 août, 150 cc de liquide.

Le traitement antibiotique fut donné pendant 35 jours avec, du 15 au 22 juillet, de la GENTALLINE intra-musculaire à raison de 160 mg par jour, du TOTAPEN intra-veineux à raison de 6 g par jour, et du BACtrim à raison de 4 comprimés par jour. Ensuite, en raison du résultat de l'antibiogramme, on donne du 23 juillet au 28 août de la GENTALLINE,

de la LINCOCINE à raison de 2 ampoules intra-musculaires par jour, et du THIOPHENICOL à raison de 2 g par jour.

L'apyrexie fut obtenue en une quinzaine de jours et la guérison en 20 jours avec persistance d'une minime séquelle de la base droite. On note une prise de poids de 5 Kg pendant la durée de l'hospitalisation et aucune cause n'a été retrouvée.

Le malade est revu régulièrement en consultation et, trois mois après, le comblement de la base droite persiste.

Observation n° 2 :

Monsieur LE... Pierre, âgé de 46 ans, est hospitalisé pendant deux mois, du 28 mars au 20 mai 1974.

Ce malade a reçu, à différentes reprises, des antibiotiques depuis le mois de septembre 1973 pour des problèmes pulmonaires non étiquetés.

Le 13 mars 1974, apparaît une douleur thoracique de la base droite. La radiographie pulmonaire montre une opacité de tout le champ droit. Le malade ne consent à se faire hospitaliser que huit jours plus tard.

A l'entrée, le 22 mars 1974, l'état général du malade est très altéré, sa température est à 39°. La ponction pleurale ramène 300 cc de liquide dans lequel on retrouvera un Streptocoque. Il a été pratiqué, en tout, 11 ponctions pleurales à raison d'une ponction tous les deux jours :

- le 22 mars, 300 cc de liquide
- le 25 mars, 500 cc de liquide
- le 27 mars, 500 cc de liquide
- le 29 mars, 260 cc de liquide
- le 1er avril, 200 cc de liquide
- le 3 avril, 50 cc de liquide
- le 5 avril, 300 cc de liquide
- le 9 avril, 300 cc de liquide
- le 18 avril, 50 cc de liquide
- le 19 avril, 250 cc de liquide.

Le traitement antibiotique a été donné durant 52 jours à raison de 9 g par jour de SUVIPEN par voie intra-veineuse et 160 mg de GENTALLINE par voie intra-musculaire. Cette dernière est remplacée secondairement par la LINCOCINE à raison de 2 g par jour.

L'apyrexie est obtenue en huit jours et la guérison au bout d'un mois avec persistance sur la radiographie d'une petite poche pleurale postérieure que l'on ne peut plus ponctionner.

On note une prise de poids de 4 Kg. Aucune cause n'a été retrouvée. La vitesse de sédimentation persistant à 103-127, une nouvelle bronchoscopie a été envisagée mais le malade est sorti sur sa demande.

Il est revu quatre mois après en consultation : la séquelle a disparu; la radiographie pulmonaire est normale.

Observation n° 3 :

Monsieur PO... Marcel, âgé de 28 ans, est hospitalisé pendant deux mois pour une pleuro-pneumopathie de la base droite évoluant depuis une semaine avec fièvre élevée et bouffées délirantes chez ce jeune éthyliqu chronique.

A l'entrée, l'état général du malade est très altéré, la température est à 38°5. La radiographie montre une opacité de tout le poumon droit avec réaction pleurale. La ponction ramène 100 cc de liquide trouble dans lequel aucun germe n'est retrouvé. Il a été pratiqué, en tout, 9 ponctions pleurales qui ramènent, dès le deuxième jour, un liquide franchement purulent :

- le 12 janvier, 100 cc de liquide
- le 18 janvier, 300 cc de liquide
- le 22 janvier, 250 cc de liquide
- le 24 janvier, 200 cc de liquide
- le 29 janvier, 200 cc de liquide
- le 7 février, 200 cc de liquide
- le 13 février, 100 cc de liquide
- le 18 février, 100 cc de liquide
- le 21 février, 10 cc de liquide.

Le traitement antibiotique a été administré pendant 52 jours, à raison de 4 g de TOTAPEN intra-veineux et 160 mg de GENTALLINE par voie intra-musculaire.

La guérison a été obtenue au bout de 40 jours avec, sur la radiographie, la persistance d'une séquelle : ascension de la coupole diaphragmatique droite ainsi qu'une opacité sus-jacente. Cette image va s'atténuer progressivement et ce sera seulement 6 mois après que l'image radiologique redevient strictement normale.

Le poids est resté stable pendant l'évolution de la maladie. Il n'a pas été retrouvé de cause.

Observation n° 4 :

Madame MA... Annie, âgée de 31 ans, est hospitalisée dans le Service pendant 15 jours.

Elle avait été admise trois jours auparavant à l'Hôpital Stell de Rueil-Malmaison pour une pneumopathie aiguë avec réaction pleurale, puis transférée dans notre Service en raison de l'apparition d'un pneumothorax.

A l'arrivée, la malade se plaint de douleurs thoraciques à droite, la température est à 38°5. La radiographie pulmonaire montre une ascension discrète de la coupole diaphragmatique droite ainsi qu'un gros

foyer para-hilaire et du segment apical du lobe inférieur ainsi qu'un décollement du sommet droit. La ponction pleurale ramène 80 cc de liquide purulent dans lequel on identifiera un Pneumocoque. Une autre ponction ramène 10 cc de liquide clair.

Le traitement antibiotique a été donné pendant un mois à raison de 4 g par jour de TOTAPEN et 160 mg de GENTALLINE. L'apyrexie est obtenue en 15 jours et la guérison dans le même délai.

La radiographie pulmonaire faite à la sortie est normale.

Observation n° 5 :

Monsieur SO... Joao, âgé de 32 ans, est hospitalisé pendant un mois pour une pleurésie purulente apparue au décours d'une intervention chirurgicale (résection duodénale suivie, quelques jours plus tard, de splénectomie, le 19 août 1974). Cette pleurésie est diagnostiquée trois semaines après l'intervention.

Le malade est admis dans notre Service le 16 septembre 1974. A l'entrée, il est très asthénique, sa température est à 38°5. La radiographie pulmonaire montre l'existence d'une vaste poche postérieure à contenu hydro-aérique. La ponction pleurale ramène 350 cc de liquide purulent dans lequel sera identifié un Protéus Mirabilis. Il a été fait, en tout, 9 ponctions pleurales qui ramènent :

- le 19 septembre, 350 cc de liquide
- le 18 septembre, 250 cc de liquide
- le 19 septembre, 100 cc de liquide
- le 20 septembre, 100 cc de liquide
- le 23 septembre, 250 cc de liquide
- le 24 septembre, 800 cc de liquide
- le 26 septembre, 100 cc de liquide
- le 3 octobre, 150 cc de liquide
- le 8 octobre, 150 cc de liquide

Le traitement antibiotique associant la CEPORINE à raison de 2 g par jour, la GENTALLINE 160 mg par jour et le BACTRIM 4 comprimés par jour, a été donné pendant 23 jours.

L'apyrexie est obtenue au bout de 10 jours et la guérison au bout de 20 jours.

Le malade a pris 2 Kg. pendant son hospitalisation, aucune cause n'a été retrouvée.

A sa sortie, la radiographie pulmonaire est pratiquement normale.

Observation n° 6 :

Monsieur AM... Jaime, âgé de 42 ans, est hospitalisé dans notre Service pendant deux mois,

Il est admis en urgence, le 5 avril 1974, pour un épanchement pleural purulent de l'hémithorax gauche. Son état général est très altéré et sa température est à 38°5.

La radiographie pulmonaire montre un épanchement de tout l'hémithorax gauche refoulant le médiastin. La ponction pleurale ramène 1500 cc de liquide purulent dans lequel on ne retrouvera aucun germe. Il a été pratiqué en tout, 16 ponctions pleurales au rythme d'une par jour. Elles ramènent :

- le 5 avril, 1500 cc de liquide
- le 6 avril, 780 cc de liquide
- le 7 avril, 250 cc de liquide
- le 9 avril, 750 cc de liquide
- le 10 avril, 250 cc de liquide
- le 11 avril, 400 cc de liquide
- le 12 avril, 350 cc de liquide
- le 13 avril, 400 cc de liquide
- le 15 avril, 750 cc de liquide
- le 17 avril, 450 cc de liquide
- le 18 avril, 350 cc de liquide
- le 19 avril, 250 cc de liquide
- le 20 avril, 250 cc de liquide
- le 21 avril, 100 cc de liquide
- le 28 avril, 200 cc de liquide

A cinq reprises nous avons injecté de la TIFOMYCINE dans la plèvre. Le traitement antibiotique a été donné pendant un mois à raison d'une perfusion quotidienne de 6 g de KEFLIN et de 250 mg de GENTALLINE intra-musculaire. Le traitement a été arrêté car le malade a présenté des signes d'insuffisance rénale, une leucopénie avec thrombocytopénie ainsi qu'une desquamation au niveau des mains, tous ces signes témoignant d'une intolérance au traitement.

L'apyrexie est obtenue en une dizaine de jours et la guérison en 25 jours. La radiographie pulmonaire montre une petite séquelle pleurale qui disparaîtra trois mois plus tard. Aucune cause n'a été retrouvée.

Observation n° 7 :

Monsieur RO... Yves, âgé de 37 ans, est hospitalisé dans le Service pendant plus d'un mois pour une pleurésie purulente survenue trois semaines après un abcès dentaire non traité par antibiotiques.

Le malade est admis en urgence pour de violentes douleurs thoraciques de la base droite s'accompagnant d'une température à 40° et d'une grande asthénie.

La radiographie pulmonaire montre une opacité de tout le champ droit avec ascension de la coupole diaphragmatique et existence d'une poche pleurale nettement individualisée à la partie supérieure de la région axillaire.

La ponction pleurale ramène un liquide riche en polynucléaires mais stérile. Il a été pratiqué en tout, 4 ponctions pleurales ramenant très peu de liquide, 50 et 20 cc. Puis les ponctions seront blanches dès le dixième jour d'hospitalisation.

Le traitement antibiotique a été donné pendant une semaine à raison de 160 mg de GENTALLINE et de 6 g de SUVIPEN. Mais la courbe thermique ne variant pas beaucoup on rajoute 4 comprimés de BACTRIM et le SUVIPEN est remplacé par la CEPORINE à raison de 2 g par jour.

L'apyrexie est obtenue en une quinzaine de jours ainsi que la guérison. La poche pleurale supérieure disparaît, le diaphragme s'abaisse avec libération du cul-de-sac pleural droit. Le malade sort avec une radiographie pulmonaire normale.

ETAT INITIAL

NOM du Malade	Ancienneté présumée du syndrome infectieux	Radiographie pulmonaire	Volume de la 1ère ponction	Germe en cause
BER...	1 mois	Poche postér. volumineuse + niveaux liquides	450 cc	Flore anaérobie
LET...	10 jours	diffuse	300 cc	Streptocoque
POU...	7 jours	diffuse	100 cc	Non retrouvé
MAR...	0 jour	Hydro-Pneumothorax	80 cc	Pneumocoque
SOA...	0 jour	Vaste Poche postér. + image hydroaérique	350 cc	Protéus Mirabilis
AMEN...	0 jour	diffuse	1.500 cc	Non retrouvé
ROB...	18 jours	diffuse	50 cc	Non retrouvé

TRAITEMENT

NOM du MALADE	Nombre de Ponctions	Traitement antibiotique - durée	Temps d'hospitalisation
BER...	5	35 jours	2 mois
LET ...	11	52 jours	2 mois
POU...	9	52 jours	2 mois
MAR...	2	30 jours	18 jours
SOA...	9	23 jours	1 mois
AMEN...	16	30 jours	2 mois
ROB...	4	30 jours	1 mois

RESULTATS THERAPEUTIQUES

NOM du MALADE	Apyrexie	Guérison	Importance des Séquelles Radiologiques
BER...	15 jours	20 jours	Minime comblement à 3 mois
LET...	8 jours	30 jours	Nulle à 4 mois
POU...	10 jours	40 jours	Nulle à 6 mois
MAR...	15 jours	15 jours	Nulle à 1 mois
SOA...	10 jours	20 jours	Nulle à 1 mois
AMEN...	10 jours	25 jours	Nulle à 3 mois
ROB...	15 jours	15 jours	Nulle à 1 mois

C - COMMENTAIRES DU TABLEAU -

Nous étudierons plus particulièrement quatre ppints du tableau :

1 - La durée d'hospitalisation : elle n'a pas excédé deux mois et nous remarquons qu'au bout d'un mois tous les malades étaient guéris. L'allongement de la durée d'hospitalisation était lié soit à une maladie intercurrente, soit à des raisons sociales (placement...).

2 - La radiographie pulmonaire : elle montre que la plupart des pleurésies étaient diffuses mais on trouve deux cas dans lesquels il existait une poche constituée.

3 - Le traitement antibiotique : il a été donné pendant un mois dans cinq cas et près de deux mois dans deux cas. Il faut noter qu'en règle il a été prolongé quinze jours après la dernière ponction productive.

4 - Les séquelles radiologiques : elles sont pratiquement inexistantes et la surveillance ultérieure a montré la poursuite de leur régression. Citons le cas de Monsieur PO... (Observation n° 3) qui est sorti après deux mois d'hospitalisation avec une séquelle consistant en une ascension de la coupole diaphragmatique droite et une opacité parenchymateuse sus-jacente. Après sa sortie, ce malade a été suivi tous les mois en consultation ; la séquelle a diminué régulièrement pour aboutir au bout de 6 mois à un cliché radiologique normal. Cette constatation incite à ne pas porter prématurément un jugement sur la qualité de la guérison obtenue par traitement médical.

- - - - -

IV - MODALITES DU TRAITEMENT

A - TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE PAR VOIE GENERALE -

1. Choix des antibiotiques

Avant ou lorsqu'il n'est pas possible d'identifier le ferme, nous donnons une association de deux antibiotiques se potentialisant et assurant un large spectre.

En règle, AMPICILLINE-GENTAMYCINE

ou CEPHALOSPORINE-GENTAMYCINE.

Après avoir obtenu les résultats de l'antibiogramme, nous n'avons eu à modifier cette prescription que dans un cas.

2. La Posologie.

Les antibiotiques ont été donnés aux doses usuelles pour des syndromes infectieux de cette importance. Il n'a jamais été nécessaire de recourir à de très fortes doses. La GENTAMYCINE a été administrée par voie intra-musculaire et l'AMPICILLINE par voie intra-veineuse les premiers jours puis per os.

3. La durée du traitement.

Il n'a pas excédé un mois sauf dans deux cas où il a été poursuivi 52 jours. En règle, le traitement a été continué 15 jours après la dernière ponction.

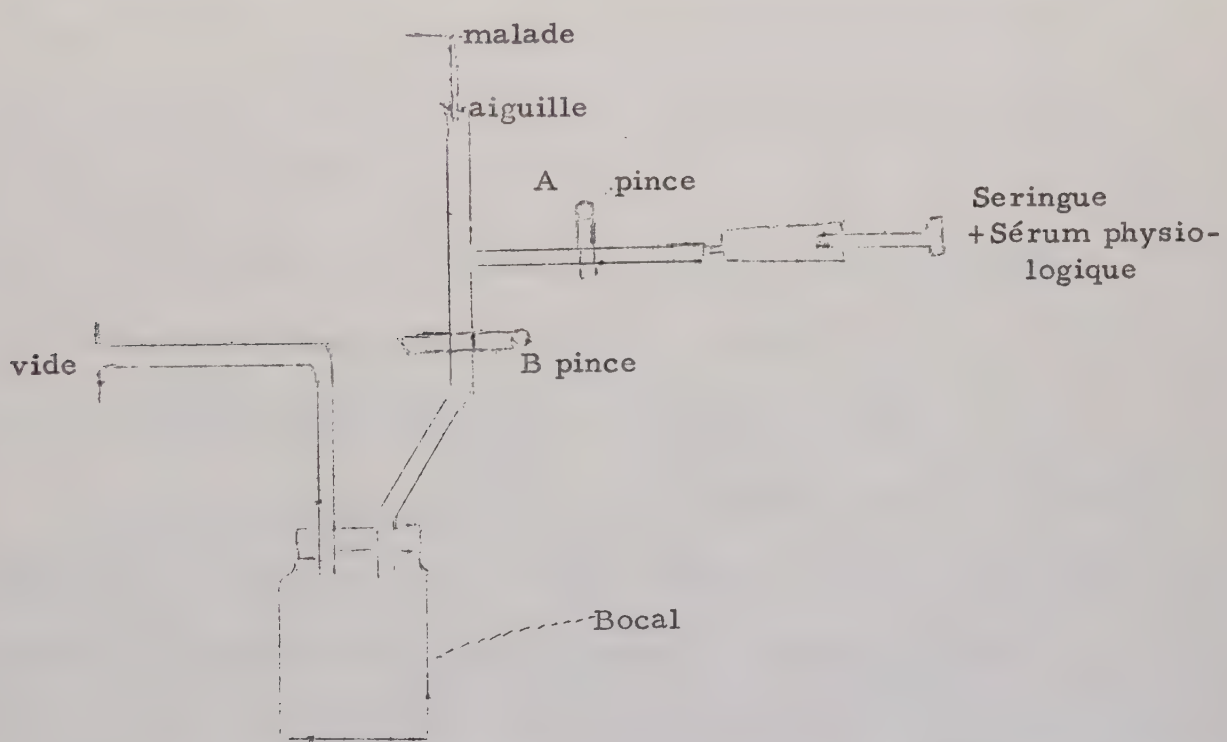
B - EVACUATION PLEURALE -

Elle doit être aussi complète que possible, ceci impose de repérer radiologiquement le siège de la poche si l'épanchement est localisé et d'uti-

liser une aiguille de calibre suffisant pour éviter son obstruction. Dans un certain nombre de cas, nous avons recouru aux aiguilles pour biopsies pleurales de Castellain.

Le degré d'aspiration doit être suffisant et nous avons recouru au branchement sur le vide.

Le lavage de plèvre n'est pas nécessaire mais il est certain qu'une aiguille, quel que soit son calibre, si le liquide est épais, peut s'obstruer. C'est ainsi qu'au cours de ponction il a été quelquefois utile de rincer l'aiguille à l'aide du sérum physiologique grâce au montage suivant :



L'aiguille à ponction est reliée à une tubulure en Y, d'une part en A sur une seringue contenant du sérum physiologique et d'autre part en B au bocal destiné à recueillir le liquide. Ce bocal étant lui-même branché sur le vide.

Lors de l'aspiration, on clampe en A. Si l'aiguille se bouche, on clampe en B et on injecte environ 2 cc de sérum physiologique dans l'aiguille par le tuyau A, puis on clampe de nouveau en A et l'on recommence l'aspiration par le tuyau B.

Ce système permet, quand l'aiguille se bouche, de la rincer sans toutefois faire pénétrer d'air dans la plèvre.

Après chaque ponction, un contrôle radiographique permet d'apprécier si l'évacuation a été complète ou non.

Si elle a été incomplète, une nouvelle ponction est faite le lendemain. Si elle a été complète, la surveillance ultérieure permet d'apprécier la vitesse de reproduction de l'épanchement et de fixer la date d'une nouvelle évacuation.

C - LA KINESITHERAPIE -

Elle est entreprise dès que l'état général du malade le permet. Très précocement, elle semble peut-être éviter les cloisonnements. Prolongée suffisamment, elle conduit à une guérison sans séquelles ou à des séquelles minimes.

Ce traitement purement médical des Pleurésies Purulentes comporte des astreintes pour le médecin, nécessite un minimum d'habitude des ponctions pleurales et une installation correcte.

Il a l'avantage, tout en assurant un résultat aussi bon qu'un drainage permanent d'être moins astreignant pour le malade et de minimiser les éventuelles séquelles en permettant une rééducation précoce.

- - -

V - DISCUSSION

En revoyant la littérature, on peut constater que le traitement des Pleurésies Purulentes est mal ccdifié.

Certains préconisent une chirurgie immédiate. Ils pensent que le traitement médical est à rejeter d'emblée car inefficace le plus souvent, il aboutit parfois à des séquelles graves. Parmi eux, nous pouvons citer COURT qui dit : "Le traitement médical peut, dans certains cas d'épanchement pas trop abondant, aboutir à une guérison mais nécessite des ponctions quotidiennes qui ne sont pas sans inconvénient... aussi et dans la grande majorité des cas, il faut recourir précocement à un drainage chirurgical ".

Certains sont pour une chirurgie secondaire. Il semble que la date du geste chirurgical soit le dixième jour pour la plupart. Et l'on peut citer DECROIX : " La méthode des ponctions peut être suffisante pour obtenir la guérison complète mais cette guérison doit être obtenue en une dizaine de jours".

D'autres considèrent que le traitement médical peut être poursuivi tant qu'il paraît efficace et notamment si le syndrome infectieux est jugulé. Monsieur le Professeur BROUET écrit : " Dans la plupart des cas, il faut commencer par un traitement médical et au bout de 10 à 15 jours, si l'on note un progrès régulier, il faut poursuivre ce traitement. S'il existe une stagnation de l'état général, de la fièvre, une reproduction importante de

liquide au risque de voir apparaître une pachypleurite, il faut passer à la chirurgie ".

De l'expérience rapportée dans ce travail, il s'avère que l'efficacité du traitement antibiotique dont nous disposons actuellement permet, dans la majeure partie des cas, de stériliser l'épanchement et de guérir le syndrome infectieux dès la première semaine. Il demeure donc le problème de l'évacuation de l'épanchement pour minimiser les séquelles.

En se fondant sur notre expérience, nous pensons qu'un minimum d'attention, de soins et de persévérance peut permettre d'obtenir un résultat satisfaisant et évite le traumatisme du transfert en milieu chirurgical.

- - -

CONCLUSION

Actuellement, la conduite à tenir devant les pleurésies purulentes est controversée. En s'appuyant sur l'expérience d'un service de Pneumo-Phtisiologie, nous avons essayé de montrer qu'un traitement médical, même prolongé, est justifié.

Tous les auteurs pensent que ce traitement est indiqué au stade de diffusion. Il semble qu'il soit valable même au stade de collection, mais à condition qu'il soit pratiqué dans un service spécialisé.

Quant à la durée du traitement : il est classique de dire qu'il ne doit pas excéder sept à dix jours. Il nous à semblé, au contraire, que ce traitement pouvait être continué sans risque si le résultat radiologique des ponctions était probant.

C'est donc que toute amélioration après ponction incite à continuer le traitement médical aussi longtemps qu'il est nécessaire, au rythme imposé par la récidive du liquide pleural.

De même, au stade de collection, un repérage soigneux des poches permet à chaque fois de les vider quelle que soit leur importance.

Il existe, certes, des servitudes du traitement médical ; puisqu'il reccurt à des ponctions répétées qui se doivent d'être efficaces. Pour notre part, nous pensons que les indications chirurgicales naissent de l'impossibilité, pour des raisons variées, de réaliser l'évacuation de l'épanchement.

Il nous paraît également important de souligner que les résultats ne doivent pas être jugés dans l'immédiat mais après plusieurs semaines ou mois de kinésithérapie bien conduite.

VII - BIBLIOGRAPHIE

1 - BAUDOIN J. et Coll. -

Le traitement des Pleurésies Purulentes et la place de la Streptokinase.

Prog. Méd. 1973, 101, (4), 135-141.

2 - BAUDOIN J. & Coll. -

Le traitement des Pleurésies Purulentes.

Rev. Méd. Tours, 1972, 6-7, 735-739.

3 - BROUET, G., COLIEZ R., ISRAEL R., MATHEY J., TURIAF J., WOLFROMM R., SIGUIER F. -

Maladies respiratoires : Comment conduire le traitement d'une Pleurésie Purulente non tuberculeuse.

Exposé général, Place de la Chirurgie.
Presse Méd., 1957, 65, 49, 1149-1151.

4. CHOMETTE G., AURIOL M., BROCHERIOU C. -

Etude anatomo-Pathologique des Pleurésies Purulentes.

Vie Médicale, 25/7/1970, 3575-3581.

5. COURAUD L., et CHOMY P. -

Les traitements médicaux et chirurgicaux des Pleurésies Purulentes tuberculeuses chez l'adulte.

La Revue de Médecine, Paris, 1965, n° 6, 277-287.

6. COURT P., VANETTI A., LOGEAIS Y. et GALEY J. -

Drainage pleural avec irrigation (traitement local des pleurésies purulentes aiguës).

Concours Médical, 19 novembre 1968 (90 - 46), 7681-7687.

7. DEBESSE B. et DIOURI A. -

Traitement actuel des Pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses.

Rev. Méd. (Paris), Fév.-Mars 1968, 32bis, 67-70.

8 - DEBESSE B. et GRENIER G. -

Le traitement des Pleurésies purulentes aiguës à germes banaux.

Gazette Méd. Paris, Pneumologie, 1971, 78, n° 36, 6467-6476.

9 - DEBESSE B. et BISSON A. -

Résultats de la décortication dans les suppurations pleurales chroniques non tuberculeuses.

Méd. Interne, 1971, 6, (6-7), 439-447.

10 - DEBESSE, B. -

Le rôle de la rééducation respiratoire dans les Pleurésies Purulentes.

Vie Médicale, 1970, 51, (25), 3609-3616.

11 - DEBESSE B. -

La limite du traitement médical et le traitement chirurgical des Pleurésies Purulentes aiguës.

Vie Médicale, 25 juillet 1970, 3597-3602.

12 - DIOURI A. -

Le traitement des Pleurésies Purulentes aiguës non tuberculeuses et leur indication.

Le journal de Médecine du Maroc, 1969, 5 (11), 601-608.

13 - COURY Ch., et CHOFFEL Cl. -

Pleurésies Purulentes.

E.M.C. Paris, 6041, A 50, 1965, Recueil 31 & 32.

14 - DECROIX G., et CHESTIER Y. -

Pleurésies Purulentes non tuberculeuses.

Vie Médicale, 25 juillet 1970, 3583-3594.

15 - DEMAY C. et PIERON R. -

Traitement des Pleurésies purulentes non tuberculeuses.

Vie Médicale, 1965, 46, 607-616.

16 - LEBRIGAND H., et LEVASSEUR Ph. -

Traitement des Pleurésies Purulentes.

E.M.C., Paris, 1971, 42è année, Recueil n° 50.

17 - LOCHARD J. et Coll. -

Traitement des Pleurésies purulentes par pleurotomie à ciel ouvert.

Annales de Médecine de Nancy, 1972, 11 (6-7), 1027-1032.

18 - PESLE G., TRIBOULET F., BOURCEREAU J. -

A propos des Pleurésies purulentes aiguës.

Revue du Praticien, Paris 1969, 19, n° 3, 351-352.

19 - POULET J. -

Traitement des Pleurésies purulentes à Pyogène.

Cahiers du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, 1969, 10, n° 4, 291-296.

20 - POLUET G. -

Traitement actuel des Pleurésies purulentes à pyogènes.

Guide Médical, 1969, (26) 15-19.

21 - SNIDER et SALEY S. -

Empyema of the thorax in adults.

Review of 105 cases. Diseases of the chest, Chicago, 1968, 54, n° 5, Nov. 410-415.

22 - SOUSSALINE H. -

Pleurésies purulentes non tuberculeuses.- Traitement.

Feuillet Méd. 1972, 18, (180) 1-4.

23 - THOMERET G. -

Traitement chirurgical des Pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses.

Guide Méd., 1969 (26) 20-21.